

15. Pannu H.K., Fishman E.K. // Abdom. Imaging. - 2002. - Vol. 27. - P. 611-619.

Поступила 24.02.05.

MODERN METHODS OF RADIATION
DIAGNOSTICS OF CHRONIC
PYELONEPHRITIS AND NEPHROGENIC
ARTERIAL HYPERTENSION

R.F. Akberov, A.Z. Sharafiev, A.G. Nugaibekov

S u m m a r y

Possibilities of modern methods of radiation diagnostics (ultrasound, digital subtractional angiography, aortography, NMR-angiography,

computer tomography etc.) with account of clinical, laboratory data and renography in diagnostics of chronic pyelonephritis, parenchymatous, vasorenal arterial hypertension were studied. It was established that modified excretory urography with calculation of biometric indices of kidneys is a highly informative diagnostics method of early stage of chronic pyelonephritis. Ultrasound contrast examination makes it possible to study characteristic changes of cortical and cerebral blood flow in various stage of the disease.

УДК 616.33 + 616.34] - 089.86 - 089.168.1

МОРФОЛОГИЯ НИЖНЕГОРИЗОНТАЛЬНОГО
ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Р.Ш. Шаймарданов, М.А. Купкенов, Н.Ш. Шамсутдинов, В.А. Филиппов

Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. - доц. Р.Ш. Шаймарданов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, кафедра патологической анатомии (зав. - проф. Э.Д. Цыплаков) Казанского государственного медицинского университета

Существует много способов формирования гастроэнтероанастомозов после резекции желудка. В основном они формируются по резекционной линии культи желудка (оральные анастомозы) в различных вариантах (Roux, 1893; Balfour, 1927; Rydygger, 1904; Reichel, 1908; Polya, 1911; Hoffmeister, 1911; Finsterer, 1914 и др.). Кроме оральных, предложены анастомозы по большой кривизне культи желудка (Neuber, 1927; Малхасян, 1959) - нижнегоризонтальные. Все перечисленные соустья выполняются открытым способом со швом через все слои стенки анастомозируемых органов, что в определенной степени сопровождается загрязнением операционного поля (открывается полый орган), и создаются условия для развития анастомозитов (обвивные швы, проходящие через все слои стенок, нарушают местный кровоток) [1, 2, 4, 5].

Нами предложен новый способ нижнегоризонтального анастомоза, где соустье между культи желудка и тощей кишкой формируется электрохирургическим способом без вскрытия просвета анастомозируемых органов [3].

С целью сравнения процессов заживления и сроков окончательного формирования двух вариантов анастомоза нами проведены экспериментальные исследования на 30 беспородных собаках массой тела от 16 до 21 кг. Оперативные

вмешательства на животных проводились в ветеринарной клинике № 1. Были созданы две группы животных (по 15 собак), которым производилась резекция желудка двумя способами: 1) нижнегоризонтальный анастомоз открытым способом, где первый ряд швов проходил через все слои стенки обвивным вариантом; 2) закрытый нижнегоризонтальный анастомоз электрохирургическим способом по методике авторов [3]. Животных умерщвляли на 3-7-10-14-е сутки. Материал для морфологического исследования брали из нескольких зон анастомоза. Проводилось алгоритмизированное изучение экспериментального биологического материала, включавшее световую микроскопию гистологических срезов, окрашенных стандартно (гематоксилин-эозином), а также по Ван-Гизону (гистохимическая окраска, выявляющая волокнистые структуры соединительной ткани, фибрин и т.п.). Общее количество исследованных препаратов - 117 (78 - гематоксилин-эозином, 39 - по Ван-Гизону). Гистологические исследования проводились в лаборатории кафедры патологической анатомии КГМУ.

На 3-и сутки в области электрохирургического (ЭХ) анастомоза наблюдался комплекс изменений, характерных для альтеративной и экссудативной фаз посттравматической болезни с пре-

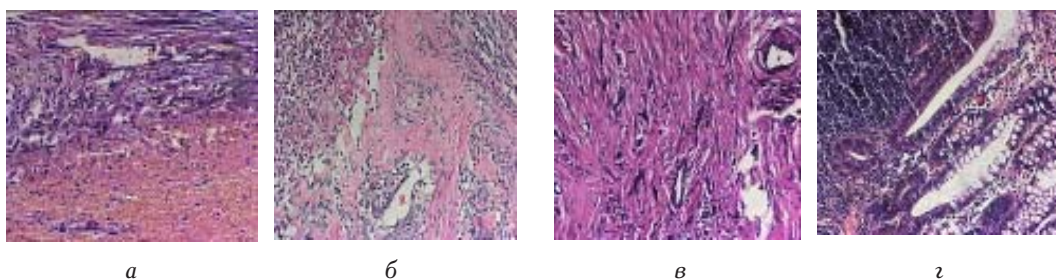


Рис. 1. Электрохирургический анастомоз: а — на 3-и сутки, б — на 7-е, в — на 10-е, г — на 14-е.

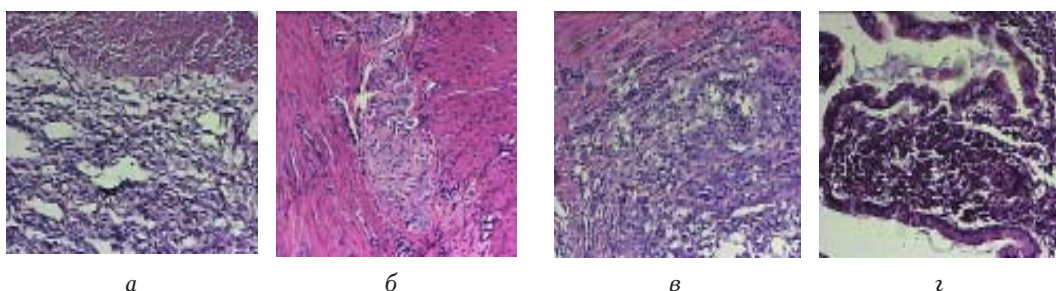


Рис. 2. Открытый анастомоз: а — на 3-и сутки, б — на 7-е, в — на 10-е, г — на 14-е.

обладанием экссудации, а именно реактивная гиперемия, отек, микрогеморрагические проявления - агрегация элементов крови, формирование стазов красной крови разных степеней (I-III), плазматазы, образования микротромбов, воспалительная инфильтрация (в цитозе преобладание полиморфно-ядерных лейкоцитов с изменением ядер в виде пикноза, рексиса). Вместе с тем имели место и морфологические проявления альтерации в виде кровоизлияний (рис. 1а).

При открытом анастомозе (ОА) на этих же сроках все проявления как альтерации, так и экссудации были более интенсивными - большие размеры кровоизлияний инфильтрирующего характера; значительная глубина и распространенность воспалительной реакции с вовлечением в процесс всех слоев; преобладание гнойно-фиброзного воспаления над гнойным, интенсивный распад экссудата и др. (рис. 2а).

На 7-е сутки в области желудочно-кишечного анастомоза отмечались изменения преимущественно экссудативного типа, а также организация свертков крови, причем при ЭХА интенсивность ретракции свертка крови была большой, имела место организация фибрина (рис. 1б).

При ОА в части препаратов обнаруживались микроабсцессы с некрозом отдельных структур мышечного слоя. В данный процесс вовлекались интер-

стициальные ганглии, последние усиливали трофические нарушения (рис. 2б).

Через 10 суток после операций в анастомозе изменились характер и состав цитоза, стали преобладать лимфоциты, фибробласты и др. Тогда же при ЭХА отмечались признаки эпителизации дефектов слизистой оболочки. Формировался и подслизистый слой в виде “молодой” рыхлой соединительной ткани, структурные компоненты которой располагались хаотично. Мышечный и серозный слои были практически интактными (рис. 1в).

При ОА на этом сроке отмечено интенсивное ослизнение структур с формированием “озёр” в строме; лимфогистиоцитарная инфильтрация была более интенсивной во всех слоях - вплоть до серозы, в последнем формировалась “спайка” (рис. 2в). На 14-е сутки после операции в области желудочно-кишечного анастомоза проявлялись репаративные процессы, причем при ЭХА практически завершилась эпителизация слизистой оболочки, минимальным было ослизнение. Фиброз отмечался только в подслизистом слое, почти восстановилась архитектоника слоев (рис. 1г).

При ОА сохранялся активный цитоз всех слоев лимфогистиоцитарными элементами, фиброз в виде формирования рыхлой соединительной ткани вокруг сосудов, нервных ганглиев и т.п. В части

препаратов при ОА обнаружались изменения микрогемореологии - плазматазы, краевое стояние плазмы и др. (рис. 2г). Все это указывало на прогностическое неблагоприятное (спаечный процесс, глубокие и тяжелые трофические изменения структур).

Таким образом, электрохирургический способ формирования желудочно-кишечного анастомоза по сравнению с открытым способом позволяет минимизировать травматическое воздействие, уменьшить интенсивность экссудативного этапа, воспаления, ускорить репарацию с восстановлением структуры к 14-м суткам и ограничить процесс главным образом слизистой оболочкой и подслизистой основой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин Д.Л. // Хирургия. - 2001. - № 3. - С. 64 - 66.
2. Малхасян В.А. Некоторые вопросы соустья после резекции желудка: *Հանձնառու. հերթ. ...հ-ն է և հ. ձևեր.* - М., 1959.
3. Шаймарданов Р.Ш., Купкенов М.А. Нижнегоризонтальный электрохирургический желудочно-кишечный анастомоз // Патент РФ №2212196, 2003.

4. Шалимов, А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. - Киев, 1972.

5. Natale C., Ferrozzi L., Pellegrino C., Bruno L. // G. Chir. - 1998. - Vol.19. - P.175-183.

Поступила 27.10.04.

MORPHOLOGY OF LOW-HORIZONTAL ELECTROSURGICAL GASTROENTEROANASTOMOSIS IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN EXPERIMENT

R.Sh. Shaimardanov, M.A. Kupkenov,

N.Sh. Shamsutdinov, V.A. Filippov

S u m m a r y

Experimental study of characteristics and time intervals of healing of two types of gastroenteroanastomoses — the open low-horizontal anastomosis when the first row of sutures goes through all layers of the wall by blanket variant and the closed low-horizontal anastomosis by electrosurgical method by the method of the authors, was performed. Experimental studies were carried out on 30 mongrels with body mass of 16 to 21 kg. Algorithmic presentation of experimental biologic material included light microscopy of sections, colored with hematoxylin-eosin and by Van-Gizon. It was established that the electrosurgical method of forming gastroenteroanastomosis as compared with the open method makes it possible to minimize traumatic effect, to decrease intensity of exudative stage, inflammation, to accelerate reparation with reconstitution of structure by 14-th day and to restrict the process to the mucous membrane and submucous layer.

УДК 616. 366 - 089. 87 + 616. 381 - 072. 1] - 053. 89 - 085. 273. 52

ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Г.А. Блувштейн, А.А. Свистунов, В.В. Якубенко, С.В. Вертянкин

Кафедра общей хирургии (зав. - проф. Г.А. Блувштейн), кафедра общей фармакологии (зав. - проф. А.А. Свистунов) Саратовского государственного медицинского университета

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных заболеваний, однако, несмотря на успехи современной хирургии, операции на желчных путях до настоящего времени сопровождаются тяжелыми послеоперационными осложнениями. Одной из основных причин являются некорригированные нарушения гемостаза и микроциркуляции, определяющие развитие тромботических и геморрагических осложнений. Количество тромбеморрагических осложнений после лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) остается на уровне 0,7-3,1% [4, 8].

Целью работы являлось повышение эффективности ранней диагностики и профилактики тромбоэмболических осложнений. Для этого нами изучались сосудисто-тромбоцитарное и коагуля-

ционное звенья системы гемостаза и фибринолитическая активность крови при оперативном лечении 65 больных пожилого и старческого возраста с избыточной массой тела и ожирением, страдающих хроническим калькулезным холециститом. Одна из задач исследования предполагала проведение сравнительного анализа эффективности дезагрегантов различных фармакологических групп при выполнении ЛХЭ.

Предметом нашего исследования были результаты лечения 65 больных от 60 до 76 лет с индексом массы тела более 25,0 кг/м², которым была выполнена ЛХЭ в клинике общей хирургии им. В.И. Разумовского с 1999 по 2002 г. В группу сравнения вошли 20 относительно здоровых лиц старше 60 лет с нормальной массой тела. Пациентам обе-